

Historia clínica optométrica: documento obligatorio

Gina Rubio Rincón*

RESUMEN

En la práctica clínica diaria, el optómetra colombiano debe regirse por la legislación vigente, es así como, en cumplimiento del Código de Ética óptica y de las Resoluciones 1995 de 1999 y 1715 de 2005, se le obliga a implementar el documento de la historia clínica con criterios claros de construcción y almacenamiento, de tal forma que, el profesional, el equipo de salud y el paciente entiendan la importancia del manejo de un expediente único, con el registro de la totalidad de las condiciones de salud del paciente, permanentemente accesible y con la rigurosidad debida de reserva y privacidad. También reviste gran importancia, en nuestro quehacer diario, la historia clínica como el documento legal para los organismos de justicia y ética, soporte para dirimir los procesos entre los profesionales, los equipos de salud y los pacientes, basando todas las determinaciones

en el contenido de la misma. No olvidando que el prestador del servicio de salud es el directamente responsable de garantizar la inalterabilidad del documento, cumpliendo con las condiciones ideales para el manejo documental y asistencial de dichos expedientes. Con todo lo anterior, no queda duda de la importancia del manejo adecuado de la historia clínica optométrica en los servicios de salud visual y ocular, como requisito y soporte legal de los actos profesionales en salud.

Palabras clave: historia clínica, documento privado, documento público, reserva, cronológicamente.

* Optómetra. Especialista en Gerencia y Finanzas de la Salud. Docente investigadora de la Universidad de La Salle. Bogotá. Colombia.
Correo electrónico: grubio@lasalle.edu.co
Fecha de recepción: 16 de agosto de 2006.
Fecha de aprobación: 29 de septiembre de 2006.

OPTOMETRIC CLINICAL RECORD: A COMPULSORY DOCUMENT

ABSTRACT

In daily clinical practice, the Colombian optometrist has to respect current legislation. Therefore, to fulfill the Optometric Ethic Code and Resolutions 1995 of 1999 and 1715 of 2005, he is compelled to implement the document of clinical record with clear criteria of construction and storage, in such a way that the professional, the health team and the patient understand the importance of a unique record where all the patient health conditions are registered, which must be accessible, reserved and private. The clinical record is also important as a legal document for justice and ethic organizations, as a document to dissolve processes among professionals, health teams and patients, supporting all determinations in the content of the record. We do not have to forget that the doctor is responsible to guarantee

document's inalterability, fulfilling ideal conditions for document handling. The optometric clinical record handling is undoubtedly important in visual and ocular health services as a requirement and legal support for health professionals.

Key words: clinical records, private document, public document, reserve, chronologically.

INTRODUCCIÓN

Como profesionales de la salud y prestadores de servicios, en el ámbito colombiano, nos cobijan las disposiciones legales al respecto y es así como nuestra legislación particular, entiéndase Ley 650 de 2001, determina la obligatoriedad del registro de las condiciones visuales del paciente en un documento privado denominado historia clínica.

Dicha historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, la cual exige absoluta privacidad y además es un documento sometido a reserva, con unas características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica y disponibilidad (Resolución 1995 de 1999).

La regulación normativa vigente en Colombia sobre este tema en particular es aplicable y obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados y aún necesaria para los optómetras que prestan sus servicios en consultorios particulares, en ópticas y en instituciones prestadoras de servicios de salud visual y/u ocular.

Adicionalmente, la historia clínica no sólo es un documento de carácter obligatorio en su diligenciamiento, sino que a la vez, es el único documento que cuenta con la mayor cantidad de pruebas en el tema de la responsabilidad de los profesionales de la salud tanto general como visual y ocular, lo cual implica la gran responsabilidad del optómetra y el extremo cuidado al momento de utilizarla.

¿QUÉ ES LA HISTORIA CLÍNICA?

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene

en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (Ley 1995 de 1999).

La obligatoriedad está en los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, los cuales tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la Resolución 1995 de 1999.

Adicionalmente, para entender la generalidad de la misma, es indispensable conocer las definiciones de algunos términos de relevante importancia, tales como:

- ◆ Estado de salud: el estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- ◆ Equipo de salud: son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado (Resolución 1995 de 1999).

DEBIDO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Teniéndose absolutamente claro que el manejo de la historia clínica es una disposición legal y adicionalmente para los optómetras es un deber consagrado en el Código de Ética Optométrica, artículo 26: “El optómetra deberá abrir y conservar debidamente las historias clínicas de sus pacientes de acuerdo con los cánones y las disposiciones legales vigentes” (Ley

650 de 2001). Para ello es importante mencionar lo siguiente:

1. La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
2. Al atender por primera vez a un usuario, se debe realizar el proceso de apertura de la historia clínica, de la siguiente manera: con el número de cédula de ciudadanía para mayores de edad, el número de tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de 7 años y el número de registro civil para los menores de 7 años. Para los extranjeros con el número del pasaporte o la cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.
3. Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.
4. La identificación del usuario debe contener: apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.
5. Los anexos de la historia clínica son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo. Deberá

hacerse el respectivo registro de los reportes de exámenes paraclínicos, imagenología y ayudas diagnósticas y el examen como tal deberá ser entregado al paciente (Resolución 1995 de 1999).

Con todo lo anterior, el optómetra como prestador independiente o como funcionario de una Institución Prestadora de Servicios de salud, debe al paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud visual, estableciendo el diagnóstico y realizando la prescripción correspondiente. De ser necesario, ordenará los exámenes complementarios que precisen o aclaren el diagnóstico (Ley 650 de 2001).

Así mismo, siempre debe tener presente el contenido de la historia clínica, su diligenciamiento completo y el tratamiento de acuerdo a las pautas, debido expresamente a la posibilidad de convertirse en algún momento en un documento probatorio.

ARCHIVO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

No solamente es obligación del optómetra como prestador independiente, lo mencionado anteriormente, sino que bajo su responsabilidad también está:

- ◆ La obligatoriedad de tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994.

Entendiéndose por archivo de gestión como aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención; por archivo central como aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador,

transcurridos 5 años desde la última atención; y por archivo histórico aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente (Resolución 1995 de 1999).

- ◆ La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.
- ◆ Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: el usuario, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley y las demás personas determinadas en la ley (Resolución 1995 de 1999).
- ◆ La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de diez (10) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo tres (3) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud y mínimo siete (7) años en el archivo central. Posterior a este período podrá ser destruida levantando un acta firmada por los intervinientes y con la debida identificación de los documentos destruidos (Ley 1715 de 2005).
- ◆ El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Debe resaltarse que el profesional de la salud, óptico-metra, tiene la obligación de elaborar el documento, suscribirlo y entregarlo a quien tenga el deber legal de velar por su guarda y custodia. La no observan-

cia de las obligaciones y la posterior alteración del contenido de la historia clínica o la expedición de certificados que no reflejan las condiciones de salud o enfermedad de una persona, configuran falsedad en el documento, lo cual también puede presentarse por destrucción supresión u ocultamiento del documento.

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

En todas las instituciones de salud debe conformarse el comité de historias clínicas mediante acto administrativo debidamente firmado por el Representante Legal de la institución, el cual se define como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica (Resolución 1995 de 1999). Cumpliendo con funciones primordiales para el buen manejo y custodia de las mismas, adoptando normas y procedimientos de los registros, ejerciendo la vigilancia y el control debido sobre estos documentos privados y recomendando lo pertinente para el mejoramiento continuo.

CONCLUSIÓN

Por ser la historia clínica un documento de gran importancia para el adecuado cuidado de la salud de los pacientes, del sistema de salud colombiano y como elemento probatorio en procesos jurídicos; debe ameritar un manejo especial según sus usos y usuarios.

Al ser un documento de acceso limitado y por estar sujeto a los requerimientos de ley; debe estar caracterizada por la obligatoriedad en su diligenciamiento con pertinencia, fidelidad y oportunidad; con la obligación compartida por un grupo de profesionales y, finalmente, por las instituciones de salud. Sin embargo, en la optometría, muchas veces la obligación

resulta siendo únicamente del profesional, debido a que es el dueño del consultorio particular o de la óptica.

Finalmente, reitero la importancia de las obligaciones adquiridas al ejercer nuestra profesión y las im-

plicaciones que ello conlleva, por tanto el extremo cuidado en el ejercicio profesional y el adecuado manejo de la historia clínica, documento que cuenta con gran cantidad de regulación normativa en el tema de responsabilidad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

República de Colombia, Ley 650 de 2001.

---. Resolución 1995 de 1999.

---.Resolución 1715 de 2005.

www.minproteccionsocial.gov.co, julio de 2006